Aus der chirurgischen Universitäts-Poliklinik zu München.

Metastasenbildung eines latenten Magencarcinoms in einer Nabelhernie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Wilhelm Korte

appr. Arzt.

München 1904.

Kgl. Hof-Buchdruckerei Kastner & Callwey, München.

Aus der chirurgischen Universitäts-Poliklinik zu München.

Metastasenbildung eines latenten Magencarcinoms in einer Nabelhernie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Wilhelm Korte

appr. Arzt.

München 1904.

Kgl. Hof-Buchdruckerei Kastner & Callwey, München.

Referent:

Herr Geheimrat Dr. Ritter von Angerer.

Weder in der grossen Monographie von Graser noch in dem Werke von Sultan finden sich Angaben von einer malignen Veränderung des Bruchinhaltes; dagegen stellt Hellmann in seiner Inaug.-Diss. vom Jahre 1880 2 Fälle von Sarkom des in einer Hernie liegenden Hodens, einen Fall von Angiosarkom des in einem Bruchsacke befindlichen Ovars und zwei Fälle von sarkomatöser Degeneration des in einem Bruchsack liegenden Netzes zusammen. Von diesen letzteren Fällen ist der eine beschrieben von Billroth, chirurg. Klinik Wien 1871—76. Er betrifft einen 50jährigen Mann, bei dem seit 15 Jahren eine kindskopfgrosse Geschwulst in der Leistengegend vorhanden war. Das im Bruchsack liegende Netz war sarkomatös degeneriert. Das erkrankte Gewebe wurde reseciert. Nach zwei Jahren war ein Recidiv noch nicht aufgetreten. Der andere Fall ist von Lebert in seinen „Abhandlungen aus dem Gebiete der praktischen Chirurgie" beschrieben. Es handelte sich um ein Weib von 40 Jahren. Bei diesem bestand seit 11 Jahren ein Netzbruch in der Leistengegend. 8 Tage vor Aufnahme in die Dieffenbach'sche Klinik trat im Gefolge einer heftigen Anstrengung eine bedeutende Vergrösserung der Geschwulst ein. Der Tumor war irreponibel. Die Patientin klagte über heftige Schmerzen über dem Leib, Appetitmangel und Verstopfung. Diese Beschwerden waren wie-

der verschwunden, doch bestand fortgesetzt Irreponibilität des Tumors und Druckempfindlichkeit desselben. Bei der Eröffnung des Bruchsackes zeigte sich dieser verdickt, in dem Sacke lag teilweise sarkomatös degeneriertes Netz. Die erkrankte Netzpartie wurde abgetragen. Es trat allmählich Heilung ein.

In der neueren Literatur bringt uns der Franzose Lejars eine schätzenswerte Monographie unter dem Titel „Néoplasmas herniaires et périherniaires" (Gazette des hôpitaux Paris 1889). In dieser Abhandlung veröffentlicht er ca. 35 Fälle von Geschwülsten: 1. Des Bruchinhaltes (Néoplasmas intrasacculaires), 2. des Bruchsackes (Néoplasmas sacculaires), 3. des den Bruchsack unmittelbar umgebenden Gewebes (Néoplasmas et kystes périherniaires). Er fasst unter dem Wort Néoplasmas sowohl Carcinom und Sarkom, als auch tuberkulöse Eruptionen, Cysten und Lipome zusammen. Betroffen waren der Darm, das Mesenterium, das Netz, das Ovar und die Hoden.

Uns interessieren nur die drei Fälle, in denen das Netz in einer Hernie maligne degeneriert war. Der eine Fall ist beschrieben von M. Codet (Thèse de doctorat 1883). Es handelte sich um eine Epiplocèle ombilicale cancéreuse bei einer Frau von 36 Jahren, die an einem Uteruscarcinom litt. Als besonders interessant hebt Codet den Umstand hervor, dass das ganze Netz, welches noch in der Bauchhöhle lag, gesund war. Nur sein im Bruchsack befindlicher Anteil war in krebsige Masse umgewandelt. Mikroskopisch wurde die Diagnose cancer encéphaloid gestellt.

Ein anderer Fall, den Lejars anführt, ist von Lafourcade in der Gazette des hôpitaux 1889 beschrieben. Ein 50jähriger Mann war im Jahre 1888 wegen eines Nasensarkoms operiert worden. 8 Tage vor der Aufnahme des Patienten in die Klinik verspürte er während der Nacht plötzlich heftige Schmerzen in der linken Leistengegend. Er tastete mit der Hand an die schmerzhafte Stelle und fühlte eine Geschwulst von Eigrösse und harter Konsistenz. Ein herbeigerufener Arzt konstatierte eine Hernie, welche reponierbar war. Aber schon nach 2 Tagen trat vollständige Irreponibilität ein. Dabei bestand Obstipation, doch gingen Flatus ab. Auch Erbrechen trat auf. In der Klinik stellte man die Diagnose: Netzentzündung mit lateraler Einklemmung des Darmes. Bei der Operation entleerte sich aus dem Bruchsack eine blutig seröse, trübe Flüssigkeit mit fäkulentem Geruch. Eine verdickte rötliche Netzpartie füllte den Sack aus und adhärierte an seiner Innenfläche. Dieses Netz war besetzt mit Knoten von Erbsen- bis Mandelgrösse, welche hart, etwas über die übrige Oberfläche erhaben und weisslich waren. Das degenerierte Netz wurde unterbunden und, soweit es erreichbar war, reseciert. Doch war eine radikale Entfernung der erkrankten Teile nicht möglich. Der Patient wurde von seinen Verwandten sterbend aus der Klinik genommen. Eine Angabe über die mikroskopische Untersuchung der resecierten Partien ist nicht gemacht worden.

Der dritte Fall stammt von M. Cannuet, Bulletins de la Société anatomique 1852. Bei

einem mit Leberkrebs behafteten Mann fand sich in dem in einer Nabelhernie liegenden Netz ein Krebsknoten.

Ausser den bis jetzt von mir skizierten Fällen fand ich in der Literatur noch folgende: Der erste ist von Manley (Medical Recod, New-York 1890) unter dem Titel „A malignant growth in an hernial sac (inguinal variety). Der Autor betont zu Eingang seines Berichtes die grosse Seltenheit von malignen Geschwülsten (Cancer) im Bruchsack. Deshalb und wegen des Interesses, welches derartige Erkrankungen beanspruchen, teilt er seinen Fall mit. Ein 30 jähriger Italiener zog sich im Alter von 15 Jahren eine rechte Leistenhernie zu. Dieser Zustand machte ihm keine besonderen Beschwerden, bis er gelegentlich von Heben einer schweren Last die Teile quetschte und seit dieser Zeit unter starken Schmerzen litt. Bei der Untersuchung fand man eine Schwellung von grosser Härte entlang dem Samenstrang bis in den Leistenkanal hinein. Es bestand geringes Fieber, Pulsbeschleunigung, belegte Zunge. Das Abdomen war trommelförmig aufgetrieben und stark druckempfindlich. Seit 4 Tagen hatte Patient keinen Stuhlgang mehr und er hatte 4—5 mal erbrochen. Man dachte an eine hydrocele funicul. spermatici oder an irgend eine gutartige Neubildung. Bei der Operation wurde festgestellt, dass mit dem Bruchsack verwachsen eine Neubildung, so hart wie Knorpel, vorlag, die sich in einer Ausdehnung von 4 Zoll (= 10 cm) in und durch den Leistenkanal fortsetzte. Der Tumor lag unmittelbar über dem

Samenstrang und war mit ihm verwachsen. Man spaltete den Leistenkanal und stellte fest, dass sich die Geschwulst in die Bauchhöhle fortsetzte. Die Masse bestand aus Netz, das pathologische Veränderungen eingegangen hatte. Es gelang, die erkrankten Partien zu entfernen. Der Patient erholte sich nach der Operation rasch. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Fibrosarkom handelte. Die Sarkomelemente stammten aus dem Bindegewebe des Netzes und zwar ist konstatiert worden, dass die Erkrankung an dem Teil des Netzes begonnen hatte, der im Bruchsacke lag und sich von da durch die Lymph- und Blutgefässe auch in die Bauchhöhle fortgesetzt hatte.

Einen weiteren Fall beschreibt Greve in seiner Inaug.-Diss. 1901, Kiel: Ein 69jähriger Mann wird unter dem Bilde eines stenosierenden Cardiacarcinoms in die Klinik aufgenommen. Ausserdem befand sich Druckempfindlichkeit der Leber, welche höckerige Oberfläche zeigte. Im Nabel ein kirschgrosser, harter, mit der Unterfläche, nicht mit der Haut verwachsener Tumor. Links in der Inguinalgegend alte Netzhernie mit Verwachsungen, rechts etwa in der Gegend des äusseren Leistenringes ein walnussgrosser, empfindlicher harter Tumor, der nicht mit der Haut verwachsen war. Bei der Sektion stellte sich folgendes heraus: Carcinom des ganzen Magens ausser des Pylorus, vereinzelte Metastasen der Leber, zahlreiche Krebsknoten im Peritoneum, sehr stark krebsig entartetes, im linken Leistenbruch liegendes, das Quercolon herabzerrendes

Netz; grosse Krebsknoten im rechten Leistenbruch. Das Netz ist von der taenia omentalis des Colon transversum aus zu einem etwa fingerdicken Strang gegen die Symphyse zu verzogen und verschwindet durch den linken inneren Leistenring. Dadurch wird im Scrotum links ein 1—1½ cm im Durchschnitt messender langer Tumor hervorgerufen, an dessen distalem Ende sich der Hoden abgrenzen lässt. Der Tumor selbst, fast knorpelhart, ist im Leistenkanal wenig verschieblich, jedoch nicht reponibel. Auf dem Querschnitt besteht die Geschwulst aus gelblich weissen, derben, soliden Massen, die gegen den inneren Leistenring zu sich in einzelne, in Falten gelegte, krebsige Netzpartien auflösen. Auch im rechten Leistenkanal befindet sich ein etwa kirschgrosser, wenig verschieblicher Tumor.

Ein ähnlicher Fall stammt von W. Sheen (British medical Journal 1899) unter dem Titel „A case of carcinomatous omentum in an umbilical hernia". Ein Weib von 44 Jahren hatte sich vor 7 Jahren im Wochenbett einen Nabelbruch zugezogen. Seit dieser Zeit trug Patientin eine Binde. Während der letzten 3 Monate wurde der Bruch grösser und härter, veränderte seine Farbe und wurde schmerzhaft. Patientin verlor sehr an Gewicht. Bei der Untersuchung fand man eine grosse harte Masse, welche die Haut und die tieferen Gewebe in der Inguinalgegend einnahm. Bei der Operation wurde festgestellt, dass im Bruchsack carcinomatös entartetes Netz lag. Andere Krebsknoten waren im Mesenterium zu sehen, sodass an eine Radikaloperation nicht ge-

dacht werden konnte. Patientin starb nach einem Monat an einem Recidiv. Autopsie wurde verweigert. Bei der mikroskopischen Untersuchung des gewonnenen Präparates wurde festgestellt, dass das Netz im Bruchsack mit einem sehr harten Carcinom (very scirrhous carcinoma) infiltriert war. Die Krebszellen waren in kurzen Reihen angeordnet und lagen in Bindegewebsbündeln.

Es fällt auf, dass in dem Falle von Sheen die Diagnose: Carcinom des Netzes gestellt wurde, ohne dass er angibt, ob diese Neubildung primär oder metastatisch entstanden ist. Ich halte daran fest, dass das Auftreten eines primären Carcinoms im Netz, ebenso wie z. B. im Peritoneum oder in der Pleura unmöglich ist. Man spricht ja zwar von einer carcinomatösen Peritonitis, bei der in diffuser Ausdehnung viele kleine Knötchen gebildet werden, mit deren Entstehung eine seröse oder serofibrinöse Exsudation oder eine produktive Entzündung mit multiplen Verwachsungen der Baucheingeweide verbunden ist. Diese Tumoren zeigen mikroskopisch allerdings einen krebsähnlichen Bau so zwar, dass ein bindegewebiges Netz von Strängen epithelartiger Zellen durchwachsen ist. Aber diese Zellen sind eben nicht epithelialer, sondern endothelialer Natur, indem sie von den Deckzellen der Serosa und aus den Endothelien der Lymphspalten und Lymphgefässe stammen. Man kann also streng genommen nicht von einem Carcinom, sondern von einem Endotheliom sprechen. Wie schwer allerdings oft die richtige Unterscheidung ist, erhellt

daraus, dass in der Pleura z. B. Tumoren vorkommen, welche genau die Struktur eines Adenocarcinoms zeigen. Eine Entscheidung, ob ein Carcinom oder Endotheliom vorliegt, lässt sich in solchen Fällen nur durch genaue Untersuchung treffen. Ist nämlich unzweifelhaft festgestellt, dass ausser der Geschwulst in der Pleura in keinem anderen Organe sich eine maligne Degeneration findet, so ist die Diagnose trotz des rein carcinomatösen Baues auf Endotheliom zu stellen.

Es wäre nun möglich, dass im Falle Sheens der Tumor wirklich primär im Netz sich entwickelt hat; dann wäre allerdings die Diagnose very scirrhous carcinoma of the omentum nicht ganz richtig. Andrerseits aber muss man auch daran denken, dass es sich vielleicht auch hier um eine Metastase von einem anderen Krebsherd gehandelt hat. Eine Entscheidung lässt sich um so weniger treffen als die Autopsie verweigert wurde. In den Fällen von Codet, Cannuet und Greve dagegen, in denen das Netz im Bruchsack ebenfalls carcinomatös umgewandelt war, steht fest, dass es sich um Metastasen in einem Fall von Uteruscarcinom, im zweiten Falle von Lebercarcinom, im dritten Falle von einem Cardiacarcinom gehandelt hat.

In den anderen von mir angeführten Fällen lag sarkomatöse Degeneration vor. In den Fällen von Billroth und Lebert, sowie in den von Manley war sicher eine primäre Degeneration des im Bruchsack liegenden Netzes vorhanden, was schon daraus hervorgeht, dass die Patienten nach Resektion der erkrankten Partie

geheilt wurden. Im Falle von Lafourcade dagegen glaube ich mit einiger Bestimmtheit annehmen zu können, dass eine allgemeine Sarkomatose vorhanden gewesen ist. Leider wurde in diesem Falle die Sektion verweigert.

Was die Entstehungsursache dieser Geschwülste betrifft, so ist es klar, dass durch die Reibung, dem Druck der Bandage, durch die Alteration bei der Reposition und dem neuen Heraustreten des Bruchinhaltes, ferner durch die Insulte, die bei den Taxis vorkommen können, eine Hernie mehr wie andere Geschwülste einer fast unausgesetzten Reizung unterworfen ist. Es handelt sich auch meist um alte und grössere Hernien, die von solchen Neubildungen betroffen wurden. Die Idee des Zusammenhanges zwischen maligner Neubildung und Trauma ist nicht neu. Schon Virchow, Boerhaave und Velpeau haben aufmerksam gemacht auf den Einfluss des Traumas und speziell des oftmalig sich wiederholenden Traumas auf die Entwickelung von Neubildungen. Es wäre also leicht begreiflich, dass bei dem Vorhandensein von Zirkulationsstörungen infolge des strikturierenden Bruchringes und der stets mehr oder weniger in den Vordergrund tretenden entzündlichen Reizung im Netz, das in einem Bruchsack liegt, eine primäre Neubildung entsteht. Aber auch für die Ansiedelung einer Metastase ist das in einer Hernie befindliche Netz zweifellos disponiert. In dem durch Entzündung veränderten verdickten Netzgewebe finden die durch den Lymphstrom eingeschwemmten Krebszellen

entschieden einen höchst geeigneten Boden, auf dem sie der ihnen innewohnenden Proliferationsfähigkeit entsprechend sich implantieren und entwickeln können.

Es möge mir erlaubt sein, einen klinisch gewiss sehr interessanten Fall in nachstehendem zu beschreiben, der Ende Juni 1904 in der K. chirurgischen Poliklinik zu München zur Beobachtung kam. Es handelt sich um die 74 jährige Katharina W. aus Wangen bei Starnberg.

Die Anamnese ergab folgendes: Die Patientin stammt aus gesunder Familie; ihr Vater soll einen Bruch gehabt haben. Bei ihr selbst wurde schon in der frühesten Kindheit ein Nabelbruch bemerkt. Dieser sei später verschwunden und man habe am Nabel nichts auffallendes mehr bemerken können, auch habe sie jahrelang an ihrem Nabel keine Beschwerden verspürt. In der zweiten Graviditas sei beim Heben eines schweren Gegenstandes am Nabel wieder eine Geschwulst erschienen. Dieser ungefähr kirschgrosse Tumor habe lebhafte Schmerzen gemacht, sei aber auf Bettruhe und kühle Umschläge wieder verschwunden. Nach dem Puerperium sei die Geschwulst beim Arbeiten wieder mehrfach aufgetreten, manchmal mit mässigen, manchmal mit lebhaften Beschwerden. Es sei öfters gelungen, die Geschwulst mit dem Finger zurückzubringen. Im Laufe der Jahre habe der Tumor an Grösse etwas zugenommen und damit auch mehr Beschwerden verursacht. In den letzten 5 Monaten sei die Geschwulst stark gewachsen und sei erheblich härter geworden. Beim Bücken,

Strecken, Gehen habe sie heftige Schmerzen in der Geschwulst, die in das Hypogastrium und gegen den Rücken zu ausstrahlten. Vor 14 Tagen habe sie zum ersten Male eine Verhärtung in der rechten Leistengegend bemerkt, die wenig druckempfindlich war. Diese Verhärtung habe langsam an Umfang gewonnen. Abgesehen von Husten, etwas Kurzatmigkeit und dem Druckgefühl in der Nabelgegend und der Empfindlichkeit der Geschwulst habe sie nichts zu klagen. Appetit und Stuhlgang seien ohne Störung. In den letzten Tagen vor Eintritt in die Klinik bestand nach Angabe der Patientin ab und zu etwas Brechreiz und etwas Schmerz in der Gegend der Geschwulst.

Status: Etwas decrepide abgemagerte Frau. Herz etwas verbreitert, leichte Geräusche über der Mitralis und Aorta, Puls unregelmässig, zuweilen aussetzend, aber kräftig.

Lungen leicht erweitert, hinten zahlreiche Rhonchi. Bauchdecken noch ziemlich fettreich. Nabel vorgetrieben durch eine blaurot verfärbte, kugelige, derb sich anfühlende, etwas über fünfmarkstückgrosse Geschwulst, welche sich als mit der Haut fest verwachsen erweist. Sie lässt sich nicht reponieren, gibt vollkommen leeren Schall, beim Husten und Pressen tritt sie nicht weiter heraus; Druck auf dieselbe und Zug an derselben werden als lebhafte Schmerzen empfunden. In der Umgebung der Geschwulst ist die Haut intakt; in den der Geschwulst benachbarten Teilen sind keine palpablen Veränderungen. Auch das übrige Abdomen erweist sich

frei von Tumoren oder Verdickungen, abgesehen von der in der rechten Leistengegend vorhandenen höckerigen Geschwulst, welche sich darstellt als ein Konglomerat von einzelnen rundlichen derben Drüsen, die mehr oder weniger innig miteinander verwachsen sind. Die nicht weiter veränderte Haut lässt sich darüber in Falten abheben. In der linken Leistengegend ist nichts fühlbar, ebenso wenig in der Achselhöhle, am Hals, in der Ellenbeuge.

Diagnose: Nabelhernie, wahrscheinlich maligne verändert, Drüsenmetastasen in inquine.

Operation: Um $7^1/_2$ Uhr morgens Scopolaminum hydrobromicum und 1 g Morphium muriaticum subkutan, das gleiche um 8 Uhr. Um 9 Uhr ist Patientin schläfrig und ziemlich anästhetisch, reagiert aber noch auf Anrufen. Um $^1/_2$10 Uhr ist gute Toleranz vorhanden. Beginn der Operation mit eliptischer Umschneidung des Nabelringes; mässige Blutung; Eröffnung der Bauchhöhle oberhalb des Nabels. Sofort stürzt ein Teil des Darmes aus der Wunde und ist nicht mehr zu reponieren und zwar aus dem Grunde, weil Patientin einen eigentümlichen Respirationstypus zeigt: Die Atemfrequenz ist etwas herabgesetzt, auf ganz kurze Inspirationen folgen lange, pressende Exspirationen. Dieses Pressen macht die Reposition des Darmes unmöglich und gibt Veranlassung, die Narkose mit Chloroform zu vervollständigen, worauf die wünschenswerte Erschlaffung der Bauchmuskulatur eintritt. Excision des Nabelringes samt den darin verwachse-

nen Netzpartien, nachdem die letzteren von anscheinend gesünderen des übrigen Netzes partienweise unterbunden und abgetragen waren. In dem excidierten Stück Netz, das sich sehr derb anfühlt, erkennt man zahlreiche grauweisse Knötchen, auch im zurückbleibenden Netz und hier und da auf der Darmserosa, mehr noch im Mesenterium finden sich solche grauweisse Knötchen. Da nach diesem Befunde sich keine Aussicht auf radikale Heilung bot, wurde auf eine Exstirpation der Drüsen verzichtet und der Nabel mit 7 Catgutnähten verschlossen.

Trockener Verband.

Puls nach der Operation sehr kräftig, von normaler Frequenz. Atmung sehr verlangsamt und vertieft. 2 Stunden nach Beendigung der Operation erwacht Patientin aus der Narkose. Erbrechen tritt nicht sofort, sondern erst abends ein und hält durch 2 Tage an.

Am 2. Tag begannen äusserst heftige, fast stündliche Diarrhöen; die Dejektionen stinken aashaft und es gelingt nur mit grössten Dosen Opium und mit Dermatol, sie für kurze Zeit zu stillen.

Am 3. Tage hat Patientin Appetit, sie isst etwas.

Vom 4. Tage an sichtlicher Verfall ohne Temperatursteigerung, ohne Auftreten von Singultus und Erbrechen.

Am 8. Juli tritt der Exitus letalis ein, am 10. Tage nach der Operation.

Nach diesen Befunden bei der Operation nahm man an, dass es sich in diesem Falle um einen primären Netztumor, wahrscheinlich sarko-

matöser Natur handle. Die Knötchen auf der Bauchserosa, am Mesenterium, sowie die geschwellten Drüsen in der rechten Leistengegend wären als Metastasierungen von dem im Nabelbruch vorhandenen Tumor des Netzes aufzufassen gewesen.

Die mikroskopische Untersuchung von Gefrierschnitten aus dem exstirpierten Tumor ergab folgenden Befund: Das fibrös entartete Netz ist infiltriert von einem alveolär gebauten Endotheliom.

Sektionsbefund: Ziemlich kleine weibliche Leiche, zahlreiche Totenflecke, Oedem der unteren Extremitäten. Totenstarre gelöst. In der Mitte des Abdomens eine ca. 10 cm lange durch Nähte vereinigte Schnittwunde. Subkutanes Fettgewebe sehr reichlich, Muskulatur sehr stark von Fett durchsetzt. Die Wunde geht durch die ganze Bauchdecke hindurch und ist mit vorliegendem Netz und einigen Dünndarmschlingen verklebt. Sie ist ziemlich stark eitrig infiltriert. An den Seiten der Wunde weissliche, derb infiltrierte Partien.

Das ganze Peritoneum ist übersäht von bis erbsengrossen weisslichen Knoten, die zum Teil konfluieren. Das Colon transversum steht sehr tief.

Die Leber überragt den Rippenbogenrand nicht.

Zwerchfellstand rechts: unterer Rand der 6. Rippe, links: unterer Rand der 4. Rippe.

Beide Lungen völlig frei, beide Pleurahöhlen leer. Herzbeutel fünfmarkstückgross vorliegend.

Linke Lunge klein, Unterlappen sehr schwer. Auf der Pleura des Unterlappens zahlreiche bis stecknadelkopfgrosse weissliche Knötchen. Auf der Schnittfläche erweist sich das Gewebe des Oberlappens lufthaltig, blutreich, der Unterlappen ist von milzähnlicher Consistenz und Farbe, sehr saftreich mit aufgehobenem Blutgehalt. Die Schleimhaut der Bronchien ist gerötet, geschwellt und mit einem eitrigen Sekret belegt.

Arteria pulmonalis vollständig durch einen rötlichen Thrombus verlegt.

Rechte Lunge ebenso wie links. Auf der Pleura auch hier zahlreiche kleine Knötchen.

Herz sehr schlaff, erweitert, Epikard fettreich und glänzend. Sämtliche Herzhöhlen leicht erweitert. Muskulatur von brauner Farbe, sehr brüchig, von Fett durchsetzt. Freier Rand der Mitralis und Ansatz der Aorta stark verdickt.

Milz in eine weissliche, derbe Schwarte eingebettet. Milz selbst sehr klein mit stark vermehrtem Gerüst ohne Tumoreinlagerung.

Der Magen in der Gegend der Cardia sehr stark verwachsen, seine Wandung hier sehr verdickt. Auf der Innenfläche findet sich an der Cardia eine über handtellergrosse, oberflächliche Ulceration mit weichen weissen Einlagerungen, die sich pfropfenartig auf Druck aus dem übrigen Stroma auspressen lassen. In diesen Partien ist die Magenwand sehr brüchig. Die Cardia selbst ist sehr stark verengert durch die übergreifenden Geschwulstmassen.

Von diesem grossen Ulcus ziehen gefässartige Stränge, die von reichlichen Knoten durchsetzt sind, in den Fundusteil bis über die Mitte des Magens hinein. Der Pylorusteil ist intakt mit glatter Wandung.

Im Dünn- und Dickdarm sehr wenig Kot.

Die Mesenterialdrüsen sind ohne Einlagerung. Die Retroperitonealdrüsen und die Leistendrüsen sind in grosse Geschwulstknoten umgewandelt. Eine Leistendrüse rechts umschliesst eine haselnussgrosse mit klarer Flüssigkeit gefüllte Cyste.

Die Leber ist ziemlich gross und schwer. An ihrer Basis findet sich ein faustgrosser mit gelblichem Eiter gefüllter Abscess ausserhalb des Organes. Die Leber selbst ist von ockergelber Farbe, deutlicher Zeichnung, sehr blass. Die Gallenblase ist stark gefüllt mit Galle von dunkelbrauner Farbe.

Beide Nieren sind klein, mit atrophischen Rändern und Mark, etwas derberer Consistenz als normal und glatter Oberfläche.

Diagnose: Ausgedehntes oberflächlich ulceriertes Carcinom der Cardia mit Uebergreifen auf Fundus und Oesophagus. Multiple Metastasen im Netz, Retroperitoneal- und Inguinaldrüsen, Pleura und Peritoneum. Circumscripte eitrige Peritonitis mit Bildung eines Abscesses an der Leberbasis, schlaffe Pneumonie beider Lungen, Thrombus der linken Arteria pulmonalis, eitrige Bronchitis, Fettleber, braune Atrophie des Herzens.

Die Untersuchung von gehärteten, in Paraf-

fin eingebetteten mit Hämalaun und Eosin gefärbten Präparaten aus dem Netztumor, welche vorgenommen wurde, als bei der Sektion das Magencarcinom gefunden war, stellte fest: Carcinom mit teilweiser Verfettung der Epithelzellen, schleimiger Degeneration mässigen Grades.

Der Untersuchende hatte also, solange man annahm, dass ein primärer Netztumor vorlag, wegen des Fehlens von Epithelgewebe im Netz trotz des alveolären Baues der Geschwulst die Diagnose nicht auf Carcinom, sondern auf Endotheliom gestellt.

Ich habe oben schon hingewiesen auf die oft eminenten Schwierigkeiten einer richtigen histologischen Diagnose derartiger Tumoren der serösen Häute.

Dieser Fall erscheint klinisch interessant deshalb, weil er möglicher Weise auch als chronisch verlaufende Incarceration gedeutet werden könnte. Freilich spricht ja dagegen das Vorhandensein der Leistendrüsenschwellung, die man ja ohne weiteres als Metastasenbildung auffassen konnte. Gerade bei Nabelhernien sind derartig chronisch verlaufende Incarcerationen ja nicht so selten. Wie schwer die Stellung der Diagnose in derartigen Fällen sein kann, dafür sei die lakonische Bemerkung angeführt mit der Cannuet seinen Bericht über Krebsknoten im Netz, das in einer Nabelhernie lag, beschliesst. Er sagt: „par son développement ultérieur ce ganglion pouvait devenir un élément de diagnostic très enbarassant.“ Lejars gibt in seiner äusserst übersichtlichen und klaren Arbeit für die richtige Erklärung

einer derartigen Neubildung folgende Winke. Eine mit Neoplasma oder Tuberkulose komplizierte Hernie nimmt eine eigentümliche Physiognomie ein und wird Ursprung oder Quelle bestimmter Ereignisse. Die Hernie wird grösser, weniger reponierbar, es treten Schmerzen auf. Oft findet man mit einiger Genauigkeit den Zeitpunkt, wo die Hernie schmerzhaft wurde und dieser markiert die ersten Zeichen einer Neubildung. Sie treten anfallsweise auf und sind begleitet von Auftreibung des Darmes, Erbrechen und Verstopfung; kurz, man hat das Bild einer circumscripten Peritonitis in einer Hernie (peritonitide herniare). Die Irreponibilität kommt teils durch Verwachsungen der Neoplasmen mit der Umgebung, teils aber auch durch das stets zunehmende Volumen selbst. Versucht man die Taxis, so bleibt etwas zurück: eine Masse, ein Knoten, welcher jeder Taxis Widerstand leistet. Wenn diese Masse hart ist und ziemlich umschrieben, schmerzhaft, wenn sich die Hernie früher immer ganz reponieren liess, wenn man gleichen Schritt haltend mit der zunehmenden Irreponibilität zu mehreren Malen Schmerzanfälle von peritonitischem Charakter sah, muss man an ein Neoplasma denken.

Trotzdem verkennt Lejars die oft eminente Schwierigkeit der Diagnose gerade der im Bruchsack liegenden Geschwülste (tumeurs intrasacculairs) in keiner Weise. Er selbst gibt zu, dass eine Verwechslung mit einer einfachen Entzündung des Netzes besonders bei alten und adhärenten Netzbrüchen vorkommen kann. Dabei sind oft Tumoren, Knoten, verhärtete Massen fühlbar,

die von einer wahren Neubildung allein durch Palpation schwer zu unterscheiden sind. Als einen Hauptgrund aber des so oft nur zufälligen Entdeckens von derartigen Neubildungen führt er die Tatsache an, dass man bei dem so seltenen Vorkommen der Tumoren in Hernien gar nicht an die Möglichkeit des Bestehens einer solchen Neubildung denkt.

Schliesslich ist unser Fall noch insofern interessant, als das primäre Magencarcinom klinisch so gut wie gar keine Erscheinungen machte. Die Patientin konnte alles essen (wobei allerdings zu berücksichtigen sein wird, dass sie infolge ihrer Zahnlosigkeit schon seit langer Zeit nur mehr sehr weiche Speisen zu sich nahm). Sie hatte mit Ausnahme der letzten Tage kein Erbrechen. Das Auftreten von Erbrechen konnte ja auch, wie oben erwähnt, als ein Symptom der peritonitischen Reizung im Bruchsack aufgefasst werden. Ferner bestand kein saueres Aufstossen, kein Schmerz in der Magengegend. In der Familie war kein Carcinom beobachtet. Ascites bestand nicht. Auch ein Tumor in der Magengegend war nicht zu fühlen. Es ist ja ohne weiteres klar, dass ein Carcinom des Magens, das den Pylorus frei lässt, wie in unserem Falle, klinisch andere Erscheinungen macht als bei Pylorusverschluss. Es kann der Mageninhalt, falls nur einigermassen motorische Sufficienz vorhanden ist, anstandslos in den Darm befördert werden. Wir fanden nun bei Sektion unseres Falles, dass die Cardia in erster Linie ergriffen war, der Pylorus war ganz frei. Ein Teil der Magenmus-

kulatur erschien noch normal. Damit wäre es erklärlich, dass bei der klinischen Untersuchung, zumal die Palpation, wie erwähnt, ein absolut negatives Resultat ergab, an ein Magencarcinom gar nicht gedacht wurde.

Zum Schlusse erlaube ich mir noch Herrn Geheimrat von Angerer für die Uebernahme des Referates, Herrn Professor Klaussner für die gütige Ueberlassung des Falles meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Wilhelm Korte, bin geboren am 1. März des Jahres 1881 zu Bad Reichenhall als Sohn des damaligen Leutnants d. R. Wilhelm Korte. Ich besuchte die Volksschulen von Reichenhall und München und die Gymnasien zu Regensburg und München. 1899 absolvierte ich am K. Wilhelmsgymnasium dahier und bezog die K. Ludwig-Maximiliansuniversität zu München, an der ich im Juli 1901 das Tentamen physicum und im Juli 1904 das ärztliche Approbationsexamen bestand.